

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik
der Freien Universität Berlin
Psychiatrische Klinik II
Direktor: Professor Dr. med. Hanns Hippus

ZUM PROBLEM DER
PSYCHOPHARMAKOLOGISCHEN VORBEHANDLUNG
(Anamnestiche Erhebungen bei einem Krankengut
stationärer Aufnahmen einer Universitäts-Nervenklinik)

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den
Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Regine Malin-Bosse, geb. Bosse
aus Berlin

1972

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik
der Freien Universität Berlin

Psychiatrische Klinik II

Direktor: Professor Dr.med. Hanns Hippus

ZUM PROBLEM DER PSYCHOPHARMAKOLOGISCHEN VORBEHANDLUNG.

(Anamnestische Erhebungen bei einem Krankengut stationärer Aufnahmen einer Universitäts-Nervenklinik)

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Regine Malin-Bosse, geb. Bosse
Berlin

Referent: Professor Dr.med. Hanns Hippius

Korreferent: Professor Dr. med. Siegfried Kanowski



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin.

Promoviert am: 25.4.1972

INHALTSVERZEICHNIS:

	Seite
A. Einleitung	3
B. Besprechung der Literatur	6
C. Eigene Untersuchungen	
1) Krankengut	13
2) Darstellung der Ergebnisse	15
D. Diskussion	20
E. Zusammenfassung	27
F. Literatur	29
G. Lebenslauf	33

Einleitung:

Die Anzahl seelischer Erkrankungen ist seit mehreren Jahrzehnten über die Proportion zum Bevölkerungszuwachs hinaus im Ansteigen begriffen, wie aus verschiedenen internationalen statistischen Erhebungen der letzten Jahre hervorgeht; danach beträgt der Anteil rein seelischer Störungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, etwa 10 % der Gesamtbevölkerung von Kulturstaaen. Eine gute Übereinstimmung zeigt sich bei Untersuchungen, die in Dänemark (32), England (36) und den USA (26) durchgeführt wurden. Daraus geht hervor, daß etwa 10 % aller psychisch Gestörten in diesen Ländern einer psychiatrischen Hospitalisierung bedürfen; ca. 50 % benötigen eine ambulante psychiatrische Behandlung und bei den restlichen 40 % kann durch eine hausärztliche Behandlung - eine geeignete Vorbildung des niedergelassenen Arztes vorausgesetzt - die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden.

In vergleichbaren Untersuchungen aus der Bundesrepublik Deutschland wurde die Zahl der 1961 verfügbaren Krankenhausbetten in den staatlichen psychiatrischen Anstalten mit 74 000 angegeben, womit 80 % der stationär behandelten psychiatrischen Kranken erfaßt wurden (9, 20).

Die zitierten Morbiditätsziffern stehen in einem krassen Mißverhältnis zu den Bettenzahlen. Neben der

Notwendigkeit, die Kapazität der psychiatrischen Krankenhäuser zu erweitern, ist es erforderlich, durch Ausnutzung der heute möglichen ambulanten Psychopharmakotherapie die Zahl der hospitalisierten Patienten zu verringern. Die Absicht, durch Intensivierung der ambulanten Therapie eine Verbesserung des Verhältnisses zwischen Bedarf und vorhandener Kapazität an psychiatrischen Krankenhausbetten zu erreichen, ist jedoch nicht unproblematisch: statistische Untersuchungen der letzten Jahre weisen auf eine zunehmende Rehospitalisierungsfrequenz - insbesondere bei endogenen Psychosen - hin, d.h. einer höheren Entlassungsrate und einer kürzeren Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern steht seit Einführung der Neuroleptika eine deutliche Erhöhung der Wiederaufnahmen nach einer stationären Behandlung gegenüber (7). Einer der Gründe, der zu dieser negativen Entwicklung beigetragen hat, ist die Nichtbeachtung der streng voneinander zu trennenden Indikationsbereiche der einzelnen Psychopharmaka-Gruppen durch den praktizierenden Arzt. Besonders die Verwischung der Grenze zwischen dem Anwendungsbereich der Neuroleptika und dem der sogenannten Tranquillizer oder Ataraktika ist verhängnisvoll: Die Tatsache, daß die durch Tranquillizer hervorgerufenen psychischen Effekte im allgemeinen auch von gesunden Menschen als angenehm empfunden werden - im Gegensatz zu den Dysphorien nach Neuroleptika und Antidepressiva - hat mit zu einer kritiklosen Verbreitung dieser Präparate geführt. Es besteht die Gefahr, daß mit diesen Medikamenten zusätzlich

zu den zahlreichen Hypnotika- und Analgetikaabhängigen (38) ein neues Kontingent von Abhängigen geschaffen wird.

Diese Feststellungen und die Beobachtung, daß der größte Teil der in der Neurologischen und Psychiatrischen Universitäts-Klinik der Freien Universität Berlin aufgenommenen Patienten bereits außerhalb der Klinik psychopharmakologisch behandelt wurden, führten zu der vorliegenden Arbeit.

Besprechung der Literatur:

Einen Einblick in den Umfang der Psychopharmakotherapie von der ökonomischen Seite her erhält man durch die Angabe, daß 1965 von den Apotheken der BRD einschließlich West-Berlins außerhalb von Krankenhäusern Psychopharmaka im Werte von ca. 375 Millionen DM verkauft wurden (7). Den Hauptanteil nehmen dabei die Hypnotika mit 27,27 % ein, gefolgt von den Tranquillizern mit 11,88 %. Die Psychopharmaka i.e.S., nämlich die Neuroleptika (7,45 %) und die Antidepressiva (3,24 %) stellen einen vergleichsweise geringen Anteil. Ein ganz anderes Bild bietet die Verteilung innerhalb psychiatrischer Krankenhäuser: hier nehmen die Neuroleptika 90 % der verordneten Psychopharmaka ein! Diese Diskrepanz zwischen der vom Praktiker und der in der psychiatrischen Klinik durchgeführten Pharmakotherapie hat folgeschwere Konsequenzen besonders im Rahmen der Schizophreniebehandlung: der höheren Entlassungsrate und kürzeren Verweildauer schizophrener Patienten in den psychiatrischen Kliniken steht ein deutlicher Anstieg von Wiederaufnahmen entgegen. Es wird somit der durch die Einführung der Neuroleptika erzielte Therapiefortschritt praktisch stark reduziert.

LIESER (21) führt hierzu folgende Zahlen an: 1953 waren in psychiatrischen Kliniken noch 1647 Isolierungen von Patienten notwendig. 1959 (Einführung der Psychopharmaka 1952) mußten nur noch 102 Patienten isoliert werden. Im Jahre 1949 wurden innerhalb von drei Monaten nach der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik 53 % der Patienten entlassen. Dieser Anteil ist bis 1962 auf 75 % gestiegen. Eine Behandlungszeit von zwölf Monaten war 1949 noch in 15,6 %, 1962 nur noch in 1,7 % der aufgenommenen Patienten erforderlich. Diese Erfolge der Psychopharmakotherapie wurden trotz Anwachsens der Aufnahmeziffern (Bevölkerungszuwachs, soziale Faktoren) erreicht.

LAUBER (19) veröffentlicht eine Gegenüberstellung der Aufenthaltszeiten der 1951 und 1961 im Rheinischen Landeskrankenhaus Langenfeld aufgenommenen und über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren beobachteten Patienten. Er gelangt zu dem Ergebnis, daß eine erhebliche Verkürzung der stationären Behandlungsdauer speziell bei Anfallskranken, depressiven und paranoiden Erkrankungen im Senium und bei Schizophrenen zu verzeichnen ist. Trotz einer Zunahme der Wiederaufnahmehäufigkeit von insgesamt 8,35 % auf 16,8 %, bei den an Schizophrenie Erkrankten von 11,34 % auf 29,29 % und bei den Depressiven von 6,0 % auf 29,13 % ist die Gesamtbehandlungszeit seiner Ansicht nach signifikant kürzer geworden.

Zu entsprechenden Ergebnissen gelangt in seiner Untersuchung WORTIS (37), der 1964 die Effektivität der Tranquillizer und Neuroleptika in der psychiatrischen Behandlung überprüfte. Dabei stellte er fest, daß die Hälfte aller Patienten, die in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurden, bereits Psychopharmaka eingenommen hatten. Erfolgte die Einweisung durch einen psychiatrischen Facharzt, so standen zwei Drittel der Patienten unter dem Einfluß von Psychopharmaka. Dabei lagen die Neuroleptika der Häufigkeit nach an erster Stelle, nur gelegentlich wurden Antidepressiva, Sedativa und Tranquillizer verordnet. Durch diese Therapie wird nach der Untersuchung des Autors die stationäre Erstaufnahme oft überflüssig gemacht oder zumindest hinausgezögert. In Übereinstimmung mit der Untersuchung von HAASE (7) wird über eine hohe Wiederaufnahmezahl berichtet. WORTIS (37) meint, daß die Rate der stationären Wiederaufnahmen dadurch reduziert werden könne, daß die Patienten während der Weiterbehandlung durch den Praktiker eine lege artis durchgeführte Pharmakotherapie erhalten.

Dieses bemerkenswerte Phänomen, daß auf der einen Seite .. nämlich in der Klinik - die Psychopharmaka sich als außerordentlich effektiv bei der Verkürzung der stationären Behandlungszeit erwiesen, auf der anderen Seite - nämlich in der Praxis - eine vergleichbare Effektivität in der Reduzierung notwendiger klinischer Aufnahmen jedoch vermißt wird, führen KAEHLING und LARSON (15) auf zwei Faktoren zurück: 1. nimmt der Patient außerhalb der Klinik die Medikamente nicht laut Verordnung ein und 2. wählen die niedergelassenen nicht-psychiatrischen Ärzte oft das falsche Psychopharmakon und sind unsicher in der Dosierungshöhe. Die Verfasser befragten in dieser Untersuchung 100 Frauen in einem standardisierten einstündigen Interview nach allen Medikamenten, die während dreier Monate vor der Einweisung eingenommen wurden. 40 % nahmen Psychopharmaka, jedoch nicht gemäß der Verordnung des behandelnden Arztes. Es war also die Hälfte der Klinikaufnahmen durch fehlende Mitarbeit bzw. fehlende Krankheitseinsicht des Patienten bedingt. Bei den verbliebenen 50 Patientinnen war in 64 % die Aufnahme durch fehlerhafte Behandlung von seiten des Arztes bedingt: in 24 % wurden überhaupt keine psychotropen Pharmaka verordnet, in weiteren 24 % war - nach Ansicht des Klinikarztes - das verschriebene Psychopharmakon ungeeignet und in 16 % wurde das richtige Pharmakon zu gering dosiert. Lediglich in 26 % der Fälle war die Behandlung vor der Einweisung so, daß die stationäre Aufnahme nur durch einen Wechsel des Medikamentes hätte verhindert werden können. Resümierend gelangen die Autoren zu dem Schluß, daß eine ambulante Pharmakotherapie in vielen Fällen als Alternative zu einer stationären Aufnahme überhaupt nicht erwogen wurde. Wurde ein solcher Versuch ausgeführt, erwies er sich - gemessen am Klinikstandard - oft als ineffektiv.

Nach der Ansicht von HEINRICH (10) reicht die klinische Behandlungszeit oft nicht aus, um eine wirkliche Psychoseremission zu bewirken. Er bezieht deshalb den Hausarzt als unbedingt notwendigen Partner in den Gesamtbehandlungsplan ein. Das schließt die Forderung an den behandelnden niedergelassenen Arzt ein, eine sachgerechte und effektive Psychopharmakotherapie betreiben zu können.

In dieselbe Richtung weisen KRUEGER und SCHWARZ (17), die zu dem Ergebnis kommen, daß eine von der Klinik ausgeleitete ambulante Langzeit-Therapie die besten Resultate erbrachte. Eine Erleichterung der Weiterbehandlung erwarten diese Autoren am ehesten von der Krankheitseinsicht - und der damit verbundenen Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie - des Patienten. Die meisten Rezidive traten nach Feststellung dieser Autoren innerhalb des ersten Jahres nach der Entlassung auf.

STOERGER (31) vergleicht die klinische Aufenthaltsdauer von endogen Depressiven und die Anzahl der Rezidive nach Klinikentlassung seit 1910: während die durchschnittliche Behandlungsdauer von 1910 bis 1963 von 8,14 Monaten auf 2,3, die durchschnittliche Phasendauer von 9,35 auf 3,5 Monate absank, stieg die Zahl der Rezidive innerhalb der ersten sechs Monate nach der Klinikentlassung von 1 auf 13. Die Rezidivquote zwischen sechs Monaten und einem Jahr blieb konstant, während für die Zeit von einem bis fünf Jahren eine Abnahme ersichtlich ist. Die ungewöhnlich hohe Zahl der Frührezidive innerhalb der ersten sechs Monate nach Klinikentlassung in der pharmakotherapeutischen Ära führt der Verfasser auf ein vorzeitiges Absetzen der Pharmaka zurück.

Zu einem noch eindrucksvolleren Ergebnis gelangen GROSS und REEVES (6): 75,7 % ihrer Patienten erlitten innerhalb von sechs Monaten nach Ersatz des Psychopharmakons durch ein Placebo-Präparat einen Rückfall. Wurde dagegen die Medikation regelrecht fortgeführt, betrug der Anteil der Rezidivquote nur 13,9 %.

In einer klinischen Verlaufsstudie über 716 Patienten stellt POLLACK (27) einen signifikanten Unterschied in der Wiederaufnahmerate zwischen solchen Patienten, die kontinuierlich ihre Medikation fortsetzten und denen, die nur unregelmäßig ihre verordneten Dosierungen einnahmen, fest: in der ersten Gruppe beträgt der Anteil der Wiederaufgenommenen nur 17,4 %, in der zweiten Gruppe dagegen 43,2 %.

Auch TOMPKINS (34) fordert aus diesen Gründen eine engere Zusammenarbeit zwischen Klinik und praktizierenden Ärzten.

KLAUE (16) führt als Ursache für die in seiner Arbeit mitgeteilte Beobachtung, daß gut remittierte Kranke zu wiederholten Malen stationär aufgenommen werden müssen, die bei vielen Ärzten fehlende Einsicht in die Notwendigkeit einer differenzierten psychopharmakologischen Dauertherapie an.

Die Konsequenzen dieser Erfahrungen zieht HIPPIUS (11), wenn er die Forderung stellt, im Rahmen eines "psychiatrischen Gesamtbehandlungsplanes" die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Therapie aufzuheben. Kann doch schon allein der Wechsel von der stationären zur ambulanten Therapie zu einer Remanifestation der psychischen Störungen führen!

Von einem psychiatrischen Gesamtbehandlungsplan kann nur gesprochen werden, wenn neben dem psychopharmakologischen als dem Kernstück der Therapie (5) auch psychodynamische, soziodynamische und somatodynamische Faktoren sorgfältig berücksichtigt werden.

OTT (24) kommt zu dem Ergebnis, daß der in der Psychopharmakotherapie erfahrene Nervenarzt heute in der Lage ist, den größten Teil der in die Praxis kommenden Psychotiker selbst erfolgreich zu behandeln. Nur 17 % der endogenen Depressiven mußten nach seiner Untersuchung in eine Nervenklinik eingewiesen werden. Es wird vermutet, daß der Anteil der nicht-klinisch zu Behandelnden sich durch sachgerechten Einsatz der Psychopharmaka noch erhöhen ließe, speziell in der Behandlung Schizophrenen.

TIETZEN (33) berichtet über seine Erfahrungen mit einer Imipramin¹-Dauerbehandlung von 140 Patienten (Dauer: fünf Jahre) in einer psychiatrischen Praxis und gelangt zum gleichen Ergebnis wie OTT (24).

REISNER (28) stimmt in der Arbeit mit den beiden vorgenannten Autoren überein, weist jedoch darauf hin, daß der in der Praxis tätige Arzt mit einer ausgedehnten Psychopharmakotherapie gleichzeitig eine besondere Verantwortung übernimmt: wegen der bei vielen Gemütskranken trotz Psychopharmaka bestehenden Selbst- oder Gemeingefährdung ist er zu einem intensiven Kontakt (Überwachung) mit seinen Patienten verpflichtet.

Diese mit der Psychopharmakotherapie verbundene Mehrbelastung ist jedoch gerechtfertigt durch die Therapie-

¹Tofranil^R

erfolge: McLAUGHLIN (22) berichtet über die Ergebnisse der Pharmakotherapie Schizophrener außerhalb der Klinik. 64 % seiner Patienten zeigten generell eine Besserung im Krankheitszustand. Nur 7 % seiner Patienten mußten in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

MORROW (23) berichtet über zwei- bis vierjährige ambulante Pharmakotherapie, die bei einem Großteil seiner Patienten zu einer vollständigen oder nahezu vollständigen Symptomremission führte.

KRIS (18) erstreckte seine Beobachtungen in diesem Zusammenhang auch auf die nachgehende Fürsorge und Rehabilitation seiner Patienten und konstatiert eine deutliche Verbesserung im Berufsleben der Patienten.

Eigene Untersuchungen:

An der Neurologischen und Psychiatrischen Universitätsklinik der FU Berlin¹ wurde in der Zeit vom 1. Januar 1965 bis zum 31. Dezember 1965 systematisch während der Erhebung der Anamnese nach Art und Verbrauch von Medikamenten gefragt, welche die Patienten vor der Klinikaufnahme genommen hatten. Bei Patienten, die innerhalb kurzer Zeit wiederholt stationär eingewiesen worden waren, erschienen Angaben über die zwischenzeitliche Einnahme von Medikamenten von besonderer Wichtigkeit; denn die Kontinuität und Genauigkeit der ambulant durchgeführten Therapie steht im Zusammenhang mit der Häufigkeit stationärer Wiederaufnahmen.

Krankengut:

Das Krankengut umfaßt die klinischen Aufnahmen des Jahrganges 1965. Da bei Patienten, die während des Jahres 1965 wiederholt aufgenommen werden mußten, nur diejenigen Medikamente berücksichtigt werden konnten, die vor der ersten klinischen Aufnahme eingenommen wurden, waren für unsere Untersuchung von den 1382 Aufnahmen des Jahres 1965 nur 1212 Fälle verwertbar. Davon waren 470 Männer und 742 Frauen.

Dieses Krankengut wurde in zwei Hauptgruppen und fünf Untergruppen aufgeteilt:

- I. Patienten, die vor der stationären Aufnahme psychotrope Substanzen im weiteren Sinne einnahmen.

Davon als Untergruppen:

1. Patienten, die Psychopharmaka, d.h.
 - a) Tranquillizer
 - b) Neuroleptika
 - c) Antidepressivaeinnahmen.

¹Direktor: Prof.Dr.med. H. Selbach

2. In dieser Untergruppe sind diejenigen Patienten gesammelt, die Antiepileptika einnahmen.
3. Es wurden Hypnotika und Analgetika in therapeutischen Dosierungen eingenommen.
4. Kranke, die einen Abusus mit Hypnotika und Analgetika trieben.
5. Hier wurden die Fälle einer einmaligen Tablettenüberdosierung, die als Suizidversuch in die Klinik eingewiesen wurden, zusammengefaßt.

II. Patienten, die mit Sicherheit vor der Klinikaufnahme keine Medikamente einnahmen, beziehungsweise deren verneinende Angaben nicht eindeutig widerlegt werden konnten.

Altersstruktur des Krankengutes in der ersten Untergruppe:

Von den 575 Patienten dieser Gruppe nahmen im Alter von 25 - 34 Jahren 128 (= 22,5 %) psychisch wirksame Substanzen ein. Diese Zahl wurde jedoch noch übertroffen von der Altersklasse der 55- bis 64-jährigen, die mit 131 Patienten (= 23,0 %) das stärkste Kontingent stellten.

Das mittlere Lebensalter der 35- bis 44-jährigen und das der 45- bis 54-jährigen war mit 104 (= 18,0 %) und 97 (= 16,0 %) Patienten vertreten.

Den geringsten Anteil nahm das hohe und höchste Alter der 65- bis 75-jährigen und noch älteren ein: 39 Patienten (= 7,0 %).

Die untere Altersgruppe mit 15 bis 24 Jahren umfaßte 76 Kranke (= 13,5 %).

Siehe hierzu Tabelle I.

An dieser Stelle muß darauf hingewiesen werden, daß es sich bei diesem Krankengut um eine Auswahl in Bezug auf die Gesamtbevölkerung handelt. Es wurden nur solche Kranke stationär aufgenommen, die außerhalb der Klinik in psychiatrischer Hinsicht auffällig geworden waren oder ein neurologisches Leiden hatten. Interessant wäre auch der Vergleich mit Patienten, die in internistische stationäre Behandlung aufgenommen werden mußten.

Darstellung der Ergebnisse:

I. Hauptgruppe mit folgenden Untergruppen:

1. Die in der Fragestellung dieser Arbeit am stärksten interessierende 1. Untergruppe (Einnahme von Psychopharmaka) umfaßt 575 Patienten. Das bedeutet, daß 47,6 % aller Kranken, die in der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der FU Berlin im Jahre 1965 stationär aufgenommen wurden, vor der Aufnahme Tranquillizer, Neuroleptika oder Antidepressiva einnahmen.
2. Die zweite Untergruppe umfaßt 48 Patienten (3,9 %), die mit Antiepileptika behandelt wurden (Phenytoin¹, Primidon²).
3. Diese Untergruppe setzt sich aus 364 (30,0 %) Patienten zusammen, bei denen eine gelegentliche Einnahme von Hypnotika, Analgetika und Kreislaufmitteln in therapeutischen Dosen festgestellt wurde .
4. Zur vierten Untergruppe (Abusus mit Hypnotika und Analgetika) gehören 44 Kranke (3,6 %).
5. Sie umfaßt 40 Patienten (3,3 %), die wegen einer einmaligen Tablettenüberdosierung als Suizidversuch aufgenommen wurden.

¹Zentropil^R, ²Mylepsin^R

II. Hauptgruppe:

Dieser Gruppe gehören 141 Patienten an. Prozentual ausgedrückt nahmen somit 11,6 % aller Kranken dieser Untersuchungsreihe vor der Klinikaufnahme keine Medikamente ein.

Siehe hierzu Tabelle II.

Wie die Ergebnisse der Tabelle II zeigen, nahm also fast die Hälfte aller stationär aufgenommenen Kranken zuvor Psychopharmaka ein. Im Folgenden wird nun dargestellt, wie sich die von den Kranken der ersten Untergruppe eingenommenen Pharmaka nach Art und Häufigkeit verhielten:

Am häufigsten wurden die sogenannten "minor tranquillizers" (Chlordiazepoxyd¹, Diazepam²) eingenommen, nämlich von 287 Patienten (49,9 %) der ersten Untergruppe.

An zweiter Stelle folgen mit 185 Patienten (32,1 %) die Neuroleptika Perazin³, Chlorpromazin⁴, Butyrophenon⁵ und Fluphenazin⁶.

Antidepressiva (Imipramin⁷, Amitriptylin⁸) wurden von 103 Patienten (18,0 %) eingenommen.

Siehe hierzu Tabelle III.

¹Librium^R, ²Valium^R. ³Taxilan^R, ⁴Megaphen^R,

⁵Haloperidol^R, ⁶Omca^R, ⁷Tofranil^R, ⁸Laroxyl^R

Tabelle I

A l t e r (Jahre)	Patienten- anzahl	in %
15 - 24	76	13,5
25 - 34	128	22,5
35 - 44	104	18,0
45 - 54	97	16,0
55 - 64	131	23,0
65 - 75 u. älter	39	7,0
TOTAL:	575	100,0

Tabelle II

	in %
I. Hauptgruppe :	
1. Psychopharmaka	47,6
2. Antiepileptika	3,9
3. Hypnotika u. Analgetika in therapeutischen Dosen	30,0
4. Abusus mit Hypnotika und Analgetika	3,6
5. Einmalige Tablettenüberdosie- rung als Suicidversuch	3,3
II. Hauptgruppe :	
Keine Einnahme von Medikamenten	11,6

Tabelle III

	Pat.	in %
1. P s y c h o p h a r m a k a		
a) Tranquillizer (Librium ^R , Valium ^R)	287	49,9
b) Neuroleptika (Taxilan ^R , Megaphen ^R , Haloperidol)	185	32,1
c) Antidepressiva (Tofranil ^R , Laroxyl ^R , Taractan ^R , Neurocil ^R)	103	18,0
TOTAL:	575	100,0

Diskussion:

Die Frage, in welcher Häufigkeit und in welcher qualitativen Verteilung Patienten einer psychiatrischen Universitätsklinik in einer Großstadt vor ihrer Aufnahme in stationäre Behandlung Psychopharmaka einnehmen, führte zu der vorliegenden Untersuchung. Mit 47,6 % liegt der Anteil derartiger Patienten sehr hoch. Er bewegt sich jedoch in derselben Größenordnung wie der anderer Untersucher, wobei die von WORTIS (37) für amerikanische Verhältnisse erarbeiteten Werte (50 %) mit denen dieser deutschen Großstadt praktisch identisch sind.

Der von KAEHLING und LARSON (15) - ebenfalls für die USA - angegebene Prozentsatz von 40 % stimmt auch mit dem hier erfragten Anteil nahezu überein.

Das vorliegende Ergebnis darf in dem Sinne interpretiert werden, daß sich die an internistischen Mustern orientierte Psychopharmakotherapie in der kurzen Zeit seit ihrer Einführung einer großen Beliebtheit und Verbreitung erfreut. Im Gegensatz zu der in der Vergangenheit in der Psychiatrie geübten Krampf- und Schocktherapie, die in ihrer Methodik so sehr von internistischen (allgemeinmedizinischen) Behandlungsprinzipien abwich und deshalb sehr vielen nicht-psychiatrischen Ärzten, den Patienten selbst und ihren Angehörigen als etwas völlig Unbegreifliches erschien, stehen der medikamentösen Therapie kaum Widerstände entgegen.

In einer Untersuchung zur Frage der Häufigkeit des Medikamentenmißbrauchs aus der Universitäts-Nervenlinik Köln (29), die sich über eine Zeit von sechs Monaten erstreckte,

wird der Anteil derjenigen Patienten, die vor der stationären Aufnahme entweder mit Sicherheit keine Medikamente eingenommen hatten oder deren verneinende Angaben nicht eindeutig widerlegt werden konnten, mit rund 30 % angegeben. Dieser Anteil wurde aus den Aufnahmen sowohl der klinischen als auch der poliklinischen Patienten ermittelt.

In der vorliegenden Untersuchung war diese Patienten-Gruppe mit 11,6 % vertreten. Während der zwischen beiden Untersuchungen liegenden Zeitspanne von fünf-einhalb Jahren hat die Verbreitung der Psychopharmaka außerordentlich stark zugenommen. Es ist jedoch wahrscheinlich, daß noch andere Faktoren die Zunahme des Medikamentenverbrauchs bewirkt haben (neue Werbemethoden in der Pharmaindustrie etc.).

Die in dieser Arbeit ausgeführte Aufschlüsselung (siehe Tabelle III) der hierzulande am häufigsten verordneten Psychopharmaka deckt jedoch eine Kehrseite dieser für die gesamte Psychiatrie segensreichen Entwicklung auf: Die Tatsache nämlich, daß der Hauptanteil der Medikamente aus der Gruppe der Tranquillizer und Ataraktika stammt - fast jeder zweite der mit Psychopharmaka vorbehandelten Patienten stand unter dem Einfluß eines solchen Präparates - spricht dafür, daß in vielen Fällen eine exakte Indikationsstellung und rationale pharmakologische Gesichtspunkte nicht als Grundsätze der Therapie berücksichtigt wurden; denn die hohe Zahl (49,9 %) der mit Tranquillizern behandelten Patienten steht in keinem entsprechenden Verhältnis zur Zahl der psychogenen Syndrome, bei denen die Zielsymptome Angst, Spannung, innere Unruhe und Erregung Krankheitswert erreichten: Dies war nur in 36,8 % der Fall. 44,8 % der 287 mit Tranquillizern behandelten Patienten mußten während des Klinikauf-

enthaltet auf Neuroleptika oder Antidepressiva umgestellt werden. Bei 30 Patienten (18,4 %) dieser Gruppe bestand die adaequate Therapie in einer während des stationären Aufenthaltes eingeleiteten Psychotherapie. Insgesamt stellt sich also bei rund der Hälfte (55,2 % von 287 Patienten) der mit Tranquillizern Behandelten die Notwendigkeit heraus, die Therapie durch differente Psychopharmaka oder psychotherapeutische Betreuung zu ersetzen.

Auch ENGELHARDT (4) stellt in seiner Arbeit eine Bevorzugung in der Verschreibung der sog. "minor tranquillizers" wie zum Beispiel Meprobramat¹, und Chlordiazepoxyd² vor den differenteren und daher als stärker toxisch angesehenen "major tranquillizers" (Chlorpromazin³, Fluphenazin⁴) fest.

Mit 32,1 % war der Anteil derjenigen Patienten, die ambulant mit Neuroleptika behandelt wurden, vergleichsweise gering. Unter Neuroleptika werden hier gemäß der auf dem Internationalen Kongreß für Psychiatrie 1957 in Zürich gegebenen Definition alle jene Substanzen verstanden, die eine Neuroleptie hervorrufen. Unter Neuroleptie (2) versteht man einen Zustand, der dadurch gekennzeichnet ist, daß 1. der zentral-nervöse Grundtonus und damit der psychische Spannungsgrad herabgesetzt ist und 2. der Patient sich in einem Zustand psychischer Indifferenz befindet, ohne wesentlichen narkotischen Effekt.

¹Miltun^R, ²Librium^R, ³Megaphen^R, ⁴Omca^R

In der vorliegenden Untersuchung stand in der ambulanten Verordnung an erster Stelle das Perazin¹ gefolgt vom Chlorpromazin und Butyrophenon². Diese Vertreter der Neuroleptika dienen dazu, in einer krankheitsunspezifischen Weise gegen gesteigerte psychomotorische Aktivität, gegen Excitation und Aggressivität einzuwirken. Sie sind für die Behandlung paranoid-halluzinatorischer Psychosen geeignet.

Es bestätigt sich nun auch hier das von HAASE (7) angegebene Verhältnis zwischen hohem Neuroleptikaanteil in der klinischen Pharmakotherapie und vergleichsweise niedrigem Anteil in der ambulanten Behandlung; denn die Zahl der auf den psychiatrischen Stationen der Universitäts Nervenlinik der FU Berlin mit Perazin und anderen Neuroleptika Behandelten liegt weit über dem Anteil von 185 Patienten jährlich.

Akute psychotische Manifestationen werden kurmäßig in hoher Dosierung für mindestens sechs Wochen mit Neuroleptika behandelt. Im Anschluß an den stationären Aufenthalt werden die Pharmaka in Form einer mehrjährigen Dauertherapie weiterverordnet. Damit sollte sich der in der Klinik angesetzte hohe Prozentsatz mit Neuroleptika Behandelter in der ambulanten Therapie fortsetzen. Dies ist jedoch offensichtlich nicht der Fall (7, 15, 16, 17). Es wird hier also einer der entscheidenden Vorzüge der Pharmakotherapie gegenüber den alten Behandlungsmethoden (Schock- und Krampfbehandlung) preisgegeben; nämlich die nur in der medikamentösen Therapie gelegene prinzipielle Möglichkeit zur Dauerbehandlung.

¹Taxilan^R, ²Haloperidol^R

Es ist nachgewiesen, daß durch die Dauertherapie mit Neuroleptika die Häufigkeit von Rezidiven bei schubartig verlaufener Schizophrenie gesenkt werden kann (12).

Das Problem der ambulanten Pharmakotherapie ist das Problem der Dauertherapie: nämlich eine regelmäßige Tabletteneinnahme nach ärztlicher Verschreibung zu garantieren, ohne die Möglichkeit einer lückenlosen Überwachung zu haben. Die beste Gewähr wären Krankheits-einsicht und Mitarbeit des Patienten selbst. Es liegt nun gerade im Wesen vieler psychisch Erkrankter - speziell schizophrener Patienten - daß auf diese Hilfe nicht gerechnet werden kann.

Wie PARKES (25) in einer Verlaufsbeobachtung von 96 männlichen Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik mitteilt, nahmen 54 % ihre Medikamente ohne Überwachung nicht ein, obwohl 90 % der Entlassenen weiterhin von einem praktischen Arzt oder Psychiater behandelt wurden. Der Anteil von 54 % konnte auf 18 % gesenkt werden, wenn die Einnahme der Tabletten von einem Freund oder Angehörigen überwacht wurde.

Es ergibt sich also die Notwendigkeit, neben dem Klinikarzt und dem Praktiker weitere Therapieinstanzen zu schaffen. Eine solche zusätzliche Instanz kann die Familie sein. Es können auch die in der öffentlichen Fürsorge Arbeitenden eingeschaltet werden. Außerdem existiert in Berlin eine poliklinische Beratungs- und Behandlungsstelle für die Nachbetreuung der aus der Klinik entlassenen Psychotiker (13). Mit der steigenden Zahl der einzelnen Therapie-Instanzen wächst leider auch die Schwierigkeit der Koordination. In diesem Sinne gelangen KAEHLING und LARSON (15) zu der Feststellung, daß die von der Klinik aus geführte Dauertherapie die besten Ergebnisse erbringt.

Der in der vorliegenden Arbeit festgestellte Anteil der Neuroleptika von 32,1 % kann unter Berücksichtigung der hier diskutierten Fragen in dem Sinne interpretiert werden, daß die vor der stationären Aufnahme vom niedergelassenen Arzt ausgeführte ambulante Dauertherapie noch nicht optimal ist: zu oft werden Tranquillizer anstelle von Neuroleptika verordnet.

In der modernen Pharmakotherapie depressiver Syndrome bieten sich drei Möglichkeiten:

1. Die Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva,
2. Einsatz von schwach potenten Neuroleptika (= neuroleptische Wirkung geringer als die des Chlorpromazins), die nicht nur affektiv entspannend und dämpfend, sondern auch antidepressiv wirken.
3. Therapie mit Monoaminoxydasehemmern.

Diese Möglichkeiten spiegeln sich auch im Ergebnis der vorliegenden Untersuchung: wegen des engen Indikationsbereiches der MAO-Inhibitoren liegt der Anteil der mit diesen Substanzen¹ Behandelten sehr niedrig.

Im wesentlichen setzte sich die antidepressive Therapie bei dem hier untersuchten Patientengut aus trizyklischen Antidepressiva (Imipramin² und Amitriptylin³) und den schwachen Neuroleptika (Chlorprothixen⁴ und Laevomepromazin⁵) zusammen.

Diese medikamentösen Behandlungsformen wurden grundsätzlich auch während des klinischen Aufenthaltes fortgeführt,

¹Marplan^R, Nardil^R; ²Tofranil^R, ³Laroxyl^R,

⁴Truxal^R, Taractan^R; ⁵Neurocil^R

so daß die bei den Neuroleptika bestehende Diskrepanz zwischen ambulanter und stationärer Therapie hinsichtlich der Antidepressiva nicht festgestellt werden konnte.

Mit 3,9 % liegt die Zahl der mit Antiepileptika behandelten Patienten deutlich unter der von SCHEID (29) angegebenen Frequenz. Dieser Unterschied kann aus dem verschiedenen Krankengut erklärt werden: In der von SCHEID ausgeführten Untersuchung sind 1622 Patienten der Poliklinik enthalten, während die vorliegende Untersuchung poliklinische Aufnahmen nicht berücksichtigt.

Ob die große Zahl von Patienten, die gelegentlich Hypnotika, Analgetika und Kreislaufmittel in therapeutischen Dosierungen einnahmen, repräsentativ ist oder aus der besonderen Strukturierung des Patientengutes, das in eine psychiatrische Universitätsklinik aufgenommen wird, resultiert, müßten vergleichende Untersuchungen bei Patienten einer internistischen und chirurgischen Klinik ergeben.

Unter einem solchen Gesichtspunkt muß auch der geringe Anteil von 11,6 % der Patienten aus der II. Hauptgruppe betrachtet werden, bei denen eine Medikamenteneinnahme nicht nachgewiesen werden konnte. Hierin spiegelt sich sicherlich die besondere Situation des psychisch Leidenden, der sich von seiner Gebundenheit an die eigenen inneren Gegensätze und an die Widersprüche zwischen sich und der Welt dadurch zu lösen versucht, daß er in die Selbsttäuschung anregender oder beruhigender Wirkung chemischer Mittel flieht.

Zusammenfassung:

Es wurden 1212 stationär aufgenommene Patienten (470 Männer, 742 Frauen) der Universitäts-Nervenklinik der FU Berlin nach Art und Verbrauch von Medikamenten vor der Klinikaufnahme befragt. Nach Unterteilung des Krankengutes (2 Hauptgruppen, 5 Untergruppen, siehe Seite 13) sowie Auffächerung der Altersstruktur (Tabelle I, Seite 17) wurde festgestellt, daß 47,6 % vor der stationären Aufnahme Tranquillizer, Neuroleptika oder Antidepressiva einnahmen. 3,9 % wurden mit Antiepileptika behandelt, 30,0 % nahmen Hypnotika, Analgetika und Kreislaufmittel in therapeutischen Dosen, 3,6 % trieben Hypnotika- und Analgetikaabusus, 3,3 % der Patienten wurden wegen einer einmaligen Tablettenüberdosierung (Suicidversuch) aufgenommen.

Nur 11,6 % aller im Jahre 1965 stationär behandelten Kranken nahmen vorher keine Medikamente ein.

Die Altersklasse der 55- bis 64-jährigen stellte mit 23,0 % das stärkste Kontingent der psychopharmakologisch Vorbehandelten.

Die Aufgliederung der eingenommenen Pharmaka nach Art und Häufigkeit führte zu dem Ergebnis, daß die sogenannten "minor tranquillizer" am meisten, nämlich bei 49,9 % der Patienten, die Psychopharmaka einnahmen, vertreten waren. 32,1 % machten die Neuroleptika, 18,0 % die Antidepressiva aus (Tabelle III, Seite 19).

Die gewonnenen Ergebnisse stimmen überein mit den in der Literatur angegebenen Größenordnungen anderer Untersucher.

Es wird festgestellt, daß eine exakte Indikationsstellung bei der Therapie durch den niedergelassenen Arzt nicht immer erfolgte: 55,2 % der mit Tranquillizer Behandelten mußten auf Neuroleptika oder Antidepressiva umgestellt bzw. psychotherapeutisch betreut werden.

Literaturverzeichnis:

- 1) BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie (11. Aufl.; umgearbeitet von M. Bleuler). Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1969.
- 2) CORNU, F.: Psychopharmakotherapie. In (Hrsg. H.W. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS u. M. MÜLLER): Psychiatrie der Gegenwart, Band I/2; Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie, S. 495-659. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- 3) DELAY, J., et DENIKER, P.: Le traitement des psychoses par une méthode neurolytique dérivée de l'hibernothérapie. Vortrag: 50^e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française, Luxemburg 21.-27. Juli 1952, in: C.R. Masson (Ed.), "Compt. rend. du Congrès", pp. 497-502, 1952.
- 4) ENGELHARDT, D.M.: Drug Treatment of Chronic Ambulatory Patients. Amer. J. Psychiat. 123: 1329-1337, 1967.
- 5) ENSZ, H., u. HIPPIUS, H.: Sozialpsychiatrische Aspekte der modernen Psychose-Therapie. Dtsch. med. J. 15 (1964), 529-532.
- 6) GROSS, M., and REEVES, W.P.: Relapses after withdrawal of ataractic drugs: An interim report, in Greenblatt, M., Levinson, D.J., and Klerman, G.L., eds: Mental patients in Transition. Springfield, M.: Charles C. Thomas, 1961, pp. 313-322.
- 7) HAASE, H.-J.: Pharmakotherapie bei Schizophrenen unter besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland (BRD). Int. Pharmacopsychiatry 1: 21-36 (1968).
- 8) HAASE, H.-J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. JANSSEN GmbH, Düsseldorf 1969.
- 9) HADDENBROCK, S. und POESCHEL, H.: Die chronisch Kranken eines psychiatrischen Landeskrankenhauses. Zu ihrer diagnostischen Struktur, ihrer Soziologie und Therapie. Nervenarzt 34 (1963), 49-55.

- 10) HEINRICH, K.: Probleme und Ergebnisse der Therapie endogener Psychosen mit neueren psychotropen Substanzen. Med.Welt 1961, 335-340.
- 11) HIPPIUS, H.: Beschäftigungstherapie und moderner psychiatrischer Gesamtbehandlungsplan. Beschäftigungstherapie Nr. 2, Juni 1965, S. 10-12.
- 12) HIPPIUS, H., und SELBACH, H.: Zur medikamentösen Dauertherapie bei Psychosen. Neuropsychopharmakologie, 2. Symposium, Nürnberg 1961. Med. exp. 5: 298-305 (1961).
- 13) HIPPIUS, H., und SELBACH, H.: Versuche zur Verwirklichung der psychiatrischen Rehabilitation an einer Großstadtklinik. Probleme der pharmakopsychiatrischen Kombinations- und Langzeitbehandlung, 1. Rothenburger Gespräch 1965, pp. 9-15 (Karger, Basel/New York 1966).
- 14) HIPPIUS, H.: Grundriß der psychiatrischen Pharmakotherapie, hrsgg. bei BAYER Leverkusen, 1966.
- 15) KAEHLBLING, R., and LARSON, D.M.: Comparison of drug treatment before and during psychiatric hospitalization. Amer. J. Psychiat. 122: 900-907 (1966).
- 16) KLAUE, R.: Medikamentöse Therapie der Psychosen. Dtsch.med. J. 15 (1964) 526-528.
- 17) KRÜGER, H.J., und SCHWARZ, H.: Neue Aspekte der neuroleptischen Langzeit-Therapie in der psychiatrischen Ambulanz und Klinik. Med. Welt 1963, 463-467.
- 18) KRIS, E.B.: After-care and rehabilitation of patients returned to the communities, proceedings of the Third World Congress of Psychiatry 1: 245-249, 1961.
- 19) LAUBER, H.: Studie zur Frage der Krankheitsdauer unter Behandlung mit Psychopharmaka. Nervenarzt 35, 488-491.
- 20) HÄFNER, H., v. BAEYER, W., und KISKER, K.P.: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. helfen und heilen - Diagnose und Therapie der Rehabilitation, 1965, 1-8.

- 21) LIESER, H.: Moderne Pharmakotherapie in der Psychiatrie. Med.Klin. 57, 90-95 (1962).
- 22) McLAUGHLIN, B.F.: Long-term therapy with neurotropic drugs in psychiatric outpatients. G.P. 30: 99-105 (1964).
- 23) MORROW, L.F.: Fluphenazine in the Long-Term Treatment of Non-Hospitalized Psychotic Patients. Amer. J. Psychiat. 120: 1008-1010 (1964).
- 24) OTT, B.: Das Krankengut einer nervenärztlichen Praxis im Vergleich zur Klinik. Nervenarzt 35, 504-509 (1964).
- 25) PARKES, C.M., BROWN, G.W., and MONCK, E.M.: The General Practitioner and the Schizophrenic Patient. Brit. Med. J. 283, 972-976 (1962).
- 26) PASA MANICK, B., ROBERTS, D.W., LEMKAN, P.V., and KRUEGER, D.E.: A survey of mental disease in an urban population. Am. J. Publ. Health, 47, 923 (1957).
- 27) POLLACK, B.: The effect of chlorpromazine in reducing the relapse rate in 716 released patients: Study 3, Amer. J. Psychiat. 114: 749-751 (1958).
- 28) REISNER, H.: Über die Anwendung von Psychopharmaka in der Praxis. Wien. med. Wschr. 114: 897-900 (1964).
- 29) SCHEID, W., BRESSER, P.H., und HUHN, A.: Erhebung zur Frage der Häufigkeit des Medikamentenmißbrauchs. Dtsch.med. Wschr. 1961, 929.
- 30) SCHULTE, W.: Psychopharmakologie u. Psychotherapie im Dienst der Wiederherstellung der Unbefangenheit zu leben. Nervenarzt 37, 203-209 (1966).
- 31) STOERGER, R.: Beeinflussung der Krankheitsdauer endogen-psychotischer Krankheitszustände durch die modernen Behandlungsverfahren. Med. Klin. 61, 1044-1047 (1966).
- 32) STRÖMGREN, E.: The psychiatric Hospital as a center of community psychiatry. Comür.Psychiatr. 4, 433, (1963).

- 33) TIETZEN, A.: Zur Tofranil-Behandlung depressiver Zustände in der psychiatrischen Praxis unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Dauertherapie. *Nervenarzt* 35, 214-217 (1964).
- 34) TOMPKINS, H.J.: Psychiatric treatment in general hospitals and private practice. *Amer. J. Psychiat.* 122, 1011-1014 (1966).
- 35) TUTEUR, W., STILLER, R., and GLOTZER, J.: The discharged mental hospital chlorpromazine patient. *Dis.Nerv.Syst.* 20: 512-517 (1959).
- 36) WATTS, C.A.H., CAWTE, E.C., and KENSSBERG, E.V.: Survey of mental illness in general practice. *Brit.Med.J.*, 1351 (1964).
- 37) WORTIS, J.: Psychopharmacology and Physiological Treatment. *Amer.J. Psychiat.* 121, 648-652 (1964).
- 38) KIELHOLZ, P., und LADEWIG, D.: Aktuelle Probleme der Drogenabhängigkeit in der Schweiz. [Psychiat. Univ.-Klin., Basel.] *Pharmakopsychiat. Neuro-psychopharmakol.* 3, 83-89 (1970).

Lebenslauf:

Am 13. Mai 1942 wurde ich, Regine Malin-Bosse, geb. Bosse als Tochter des Amtsgerichtsdirektors Claus Bosse und seiner Ehefrau Hildegard, geb. Franke, in Berlin geboren.

Seit Herbst 1948 besuchte ich zunächst die Grundschule, sodann bis zur Reifeprüfung 1961 das Beethoven-Gymnasium in Berlin. Während meiner Schulzeit war ich im internationalen Schüleraustausch ein Jahr (1959/60) in den USA, wo ich die Schule mit dem High School Diploma abschloß.

Im Sommersemester 1961 wurde ich an der medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin immatrikuliert. 1962 bestand ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung. Im folgenden Sommersemester studierte ich an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, danach weiter an der FU Berlin, wo ich 1964 die ärztliche Vorprüfung bestand. Am 16. September 1967 bestand ich mein medizinisches Staatsexamen.

Nach Abschluß meiner Medizinalassistentenzeit am 31.12.1970 erhielt ich die Approbation als Ärztin. Seit dem 1.4.1971 bin ich als Assistenzärztin auf der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung des Städt. Bürgerhaus Hospitals tätig.

Berlin, Juni 1971

